

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

211

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 2 mars 1904 à 1 heure.

PAR

René DODIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

De la déchéance des épileptiques

Président : M. BRISSAUD, professeur.

*Juges : MM. POUCHET, GAUCHER, professeurs,
M. DESGREZ, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE

15, rue Racine, 15

—
1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
		CHANTEMESSE.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Clinique médicale.....	}	DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GAUCHER.
		RAYMOND
		TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	}	DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAX.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
Clinique gynécologique.....		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (AUG.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef.	
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION

A l'étude de la déchéance des épileptiques

AVANT-PROPOS

Nous n'avons nullement dans notre modeste travail la prétention d'écrire un nouveau chapitre de pathologie mentale. Nous avons cependant cru intéressant de relater un certain nombre d'observations recueillies en majeure partie dans le service de M. le Dr Bourneville à Bicêtre, et de consigner les réflexions que leur examen détaillé nous a suggérées.

Nous passerons d'abord rapidement en revue les troubles transitoires post-épileptiques dont la connaissance nous a paru nécessaire pour comprendre plus aisément la genèse des troubles permanents qui s'établissent souvent, et qui ne paraissent être que la persistance et l'exagération des premiers.

Nous nous occuperons ensuite plus longuement des troubles permanents et à ce sujet nous avons réussi à établir un certain nombre de statistiques dont les chiffres nous ont paru intéressants.

Avant de commencer notre étude, disons quelques mots de l'historique de la question.

La plupart des auteurs qui se sont occupés des maladies mentales ont eu en même temps à s'occuper de la question, aussi ne citerons-nous que les principaux dont les travaux se rapportent plus particulièrement à la question en suivant le même ordre que pour notre travail.

Signalons d'abord les travaux de Byasson, Lallier, Mairét, Lépine, qui se sont occupés de l'élimination par l'urine, de l'azote et de l'acide phosphorique à la suite des crises ; ceux de Kranz qui a étudié la perte de poids des malades après les accès ; ceux de Todd sur les paralysies post-paroxystiques ; ceux de Féré qui a longuement étudié les modifications de la force musculaire ; de Campbell qui a signalé la facilité avec laquelle apparaissaient les eschares, de Henocque qui a montré les altérations du sang.

Nous n'oublierons pas la description de Falret sur la dépression mentale post-paroxystique et ses travaux sur l'état mental, en général, des épileptiques ; nous citerons Calmeil, Esquirol et après eux Trousseau qui décrivirent l'ensemble des causes qui favorisent l'éclosion de la démence, nous citerons enfin les noms de Legrand du Saule, Delasiauve, Magnan, Bull, Voisin, Bourneville qui se sont tous occupés de la question dans leurs nombreux travaux.

Troubles transitoires, post-paroxystiques.

A la suite des paroxysmes, on a depuis longtemps constaté des troubles variés, mais transitoires qui ont fourni la matière à de nombreux travaux. Nous allons les passer brièvement en revue et nous les diviserons en troubles d'ordre physique et en troubles d'ordre psychique.

Troubles physiques. — On constate des troubles moteurs, des troubles sensitifs, des troubles de la nutrition de la respiration, de la circulation.

Les troubles moteurs consistent surtout en paralysies et en tremblements.

Ces paralysies signalées par Todd, et souvent constatées depuis, peuvent atteindre les régions du corps où les convulsions étaient plus marquées. Il semble logique d'admettre que ces paralysies sont dues à l'épuisement nerveux consécutif à l'hyperactivité durant la crise. C'est dans cet ordre d'idée que Ch. Féré a été conduit à faire l'exploration dynamométrique des forces des malades avant et après le post-paroxysme, il a trouvé que cet affaiblissement, en moyenne de 21 0/0 à droite et 23 0/0 à gauche, pouvait aller chez certains sujets jusqu'à 70 0/0 et était plus considérable chez les malades dont le réveil post-paroxystique est lent que chez ceux dont le réveil est brusque. Cette diminution de la force musculaire va

en diminuant pour disparaître une ou deux heures après, tantôt plus, tantôt moins.

Ces paralysies portent non seulement sur les muscles des membres, mais sur ceux de la face, de la langue, d'où une hésitation, une difficulté de la parole, sur les muscles des yeux, d'où strabisme, déviation conjuguée.

Comme les paralysies, le tremblement, fréquent lui aussi, est plus marqué du côté où, durant la crise, les convulsions ont été prédominantes. Il n'est du reste pas davantage limité aux membres et s'observe également à la cage thoracique dont les mouvements deviennent saccadés, à la langue, aux lèvres.

D'autres faits viennent montrer le trouble profond de la nutrition. Hénocque a signalé une diminution notable du pouvoir réductif de l'oxyhémoglobine. On a remarqué que l'activité de réduction diminuait en même temps que la quantité d'oxyhémoglobine dans le sang. Cette dernière n'est plus au maximum que de 9 pour 100, alors que toujours suivant Hénocque la quantité normale est environ de 13 o/o. On a en outre constaté par la numération des globules, que leur nombre était diminué.

Notons encore qu'on a vu à la suite de paroxysme la cicatrisation des plaies suspendue, et Campbell (1), rappelle qu'après des attaques sérielles, des eschares se sont développées en une seule nuit.

1. Campbell. *Note on reparative power in Insanity (Journ. of mental*, de 1876, t. XXII, p. 222.

A la suite des attaques d'épilepsie, la sensibilité générale et spéciale n'est pas moins atteinte que l'appareil moteur. Disons tout de suite que ces troubles de la sensibilité n'ont nullement une intensité en rapport avec celle des troubles moteurs. Ils paraissent néanmoins être plus accusés du côté atteint plus particulièrement de troubles moteurs.

Les troubles sensitifs peuvent porter à la fois sur les trois sortes de sensibilité : au contact, à la température, à la douleur, soit sur l'une ou l'autre en particulier.

Les organes des sens peuvent être touchés. On observe très fréquemment une diminution de l'acuité visuelle pouvant aller jusqu'à l'amaurose, de l'amblyopie. La sensibilité à la lumière est considérablement diminuée. La vision des couleurs est, elle aussi, fortement troublée et on a souvent lieu de constater de l'achromatopsie, de la dyschromatopsie.

L'acuité auditive est souvent diminuée et cette diminution peut aller jusqu'à la surdité. On a constaté parfois de la dysacousie.

On a constaté fréquemment l'anosmie à des degrés différents et parfois une perversion de l'odorat. La gustation présente des troubles analogues.

Tous ces troubles peuvent persister plusieurs heures, mais la plupart du temps ils vont en diminuant graduellement jusqu'à disparition complète.

Le paroxysmes retentissent encore constamment sur les phénomènes de la nutrition. C'est ainsi qu'on a constaté à la suite de l'hypéractivité paroxystique,

une perte de poids du malade. Cette perte est plus sensible si le malade a une série d'accès. Il met en général plusieurs jours avant de revenir à la normale. Mairet a montré que les attaques et l'état de mal augmentent dans l'urine l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique, et on sait que l'on rencontre, après des attaques sériees ou des états de mal guéris, des sillons transversaux des ongles, comme on en trouve à la suite des maladies aiguës et qui trahissent un trouble profond et assez prolongé de la nutrition interne.

Signalons enfin, pour finir, cet état de torpeur physique qui fait que les malades restent plus ou moins longtemps après la crise comme brisés, anéantis.

Troubles psychiques transitoires.

A la dépression physique, accompagnée d'une notable diminution de la sensibilité générale et spéciale, correspond le plus souvent une dépression intellectuelle très marquée. Les malades restent hébétés plus ou moins longtemps, semblent indifférents à la vie extérieure ne répondent pas aux questions qu'on leur pose, n'ont pas l'air d'ailleurs de les comprendre. Il est impossible de fixer leur attention. Quelques-uns ont une tendance invincible au sommeil dont rien ne peut les sortir. Peu à peu la torpeur diminue, l'intelligence renaît, le malade revient

à la vie normale intellectuelle jusqu'à ce qu'un nouvel accès ramène les mêmes accidents.

Les malades ont souvent aussi après et parfois même avant les accès des hallucinations. Durant le sommeil des rêves terrifiants viennent les agiter, ces hallucinations frappent de préférence l'ouïe et la vue. Ils voient des animaux fantastiques, des assassinats, des massacres effrayants, ils entendent des voix terribles. Ces hallucinations sont tellement fortes qu'elles interrompent le sommeil, mais persistent après le réveil, elles sont parfois suivies de réaction très vives qui peuvent se traduire par des actes de violence de toutes sortes, c'est peut-être là, la cause principale des impulsions irrésistibles que subissent souvent les épileptiques dans la période post-paroxystique, impulsions se traduisant par des fugues, des violences sur les objets et les personnes, et souvent même par des crimes. Faits dont les malades n'ont pas conscience ou tout au moins dont ils ne gardent pas souvenir.

Certains présentent des troubles voisins de l'aphasie, tels sont les cas de paraphasie signalés par Forbes-Winslow. On constate aussi parfois un véritable bégaiement de l'écriture, consistant soit en une répétition des syllabes où des lettres, soit en une abréviation, soit en l'apposition de lettres étrangères au mot.

Ce sont là les principaux troubles psychiques qu'on observe couramment qui persistent pendant un certain temps après le paroxysme, d'une heure à plu-

sieurs jours et s'atténuent peu à peu pour disparaître et se reproduire à la suite d'autres accès.

Troubles permanents dans l'épilepsie.

L'étude très succincte que nous venons de faire des troubles transitoires post-paroxystiques nous aidera beaucoup dans la compréhension des troubles permanents physiques et psychiques chez les épileptiques.

Nous avons parlé avec assez de détails des phénomènes d'épuisements post-paroxystiques pour comprendre que ces mêmes phénomènes réapparaissant après chaque accès ou série d'accès, doivent disparaître plus lentement au fur et à mesure que les accès deviennent plus rapprochés et plus violents, jusqu'au jour où ils s'établissent définitivement, se traduisant alors par la déchéance soit physique, soit psychique soit à la fois physique et psychique.

A quoi attribuer cette fréquence extrême de la déchéance chez les épileptiques ? Si l'épilepsie joue un grand rôle dans la genèse de cette complication, nous pensons qu'il faut donner le principal rôle aux prédispositions morbides, aux tares héréditaires ou acquises des sujets.

Nous avons en effet vu un grand nombre d'épileptiques, ayant de nombreux accès, des vertiges abondants, une exhaustion post-paroxystique longue,

cependant ne pas tomber en déchéance. Il faut bien admettre l'existence d'une autre cause inconnue qui doit en somme se retrouver dans l'ensemble des prédispositions du sujet. Le terme est vague, mais il n'est guère possible actuellement d'assigner une raison plus nette, plus définie, aux accidents constatés. Et les autopsies dont nous allons d'ailleurs relater un certain nombre ne nous renseignent pas davantage sur ce point. On constate bien de temps à autre de la méningo-encéphalite, une différence de poids entre les hémisphères, de la congestion des viscères. Mais ce sont des choses qu'on rencontre dans toutes les autopsies d'épileptiques, et on ne rencontre en aucun cas de lésions spéciales vraiment pathognomoniques.

Quoiqu'il en soit, il n'en est pas moins un fait établi, c'est la fréquence de la déchéance épileptique.

Déchéance physique.

Il y a longtemps déjà qu'on a reconnu l'extrême fréquence des maladies aiguës chez les épileptiques. Nous avons nous-même repris la question et nous nous sommes exclusivement occupé des épileptiques enfants, du service de M. le Dr Bourneville. Nous avons recherché depuis 1880 jusqu'à 1902 inclus, à quelles maladies avaient succombé les malades épileptiques du service et nous publions un tableau qui

nous renseigne de la façon la plus nette sur la question.

La première chose qui nous frappe, c'est la grande quantité des états de mal. Nous n'en parlerons pas, d'autres l'ont déjà fait et ce serait sortir du cadre de notre travail.

Nous croyons ensuite que la cause de décès la plus fréquente est la tuberculose pulmonaire (nous avons ajouté « et généralisée » sur notre tableau. Mais tous les cas portés concernent des malades ayant des lésions pulmonaires). Nous arrivons au chiffre formidable de 53 décès. Si nous nous basons sur la population moyenne annuelle de 200 épileptiques dans le service, nous constatons que le service fournit une moyenne par an de 11,5 décès pour 1000 habitants tandis que si nous examinons les statistiques de la ville de Paris. Nous ne trouvons pour les enfants de 5 à 19 ans (ce qui est le cas pour nos malades de Bicêtre), une moyenne de 1,63 décès pour 1000 habitants et par an.

Décès produits par la tuberculose pulmonaire chez les enfants de 5 à 10 ans par 1000 habitants et par an.

Paris	1,63
Epileptiques (Bicêtre)	11,5

Comme on le voit la différence est énorme et très suggestive. Mais il y a là un cas un peu particulier, car si les malades sont des prédisposés par leur dégradation congénitale, l'épilepsie paraît ici jouer un rôle

important en raison des troubles circulatoires, respiratoires, nutritifs que nous avons étudiés après les accès, et qui modifient la réceptivité morbide.

Les autres affections pulmonaires sont d'ailleurs peut-être pour la même raison infiniment plus nombreuses. C'est ainsi que la broncho-pneumonie qui nous offre à Paris 0,71 décès pour 1.000 habitants nous donne chez nos malades 6,1 décès pour 100 habitants et par an. La pneumonie est en augmentation, elle aussi, 4,1 au lieu de 1,2; ainsi que la congestion pulmonaire 6,1 au lieu de 0,5. Il en est d'ailleurs de même pour toutes les maladies aiguës.

Il est cependant un fait qui nous a particulièrement frappé et nous a assez étonné. La méningite qui donne en France par an, 0,65 décès pour 1000 habitants ne nous donne, chez nos malades, que 0,86 décès, c'est-à-dire une augmentation à peine sensible. On s'attendrait plutôt chez des épileptiques à trouver une grande différence en faveur de ces derniers. Il n'en est rien, et nous n'avons pu noter que 4 cas en une période de 23 ans.

Nous avons constaté de plus que la mortalité est beaucoup plus considérable chez les épileptiques que dans la masse de la population.

STATISTIQUE DES DÉCÈS (ÉPILEPTIQUES)

Service de M. le Dr Bourneville

Années 1880 à 1902

Années:	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	Total
État de mal.....			3	6	2	3	10	2	6	2	2	2	2	3	2	6	6		9	4	2	6	1	86
Mort dans l'accès...			1	1	3	5	1												1		1	1	14	
Accès sacro-lomb...								1															1	
— du foie.....																							1	
— rétro-pharyn.												1									1		1	
Opoplexie méning.										1													2	
Épilepsie.....			1	1													1						2	
Épiph.: corps étranger.....			1			1							1										5	
Épiph.: pendaison..	1																						1	
— submersion																							1	
Épilepsie.....	1	1		4	1	1	4	1	7	1	1	3			1			1	2		1		36	
Tuberculose pulmonaire et généralis.	2	3		6	4	5	4	3	2	1	2	3				2	1	3	8	2	1	1	53	
Engorgement du poulm.								1															2	
Engorgement	1				1			1	1		1							4			1		28	
Emphysema-pneumonie	1		3	1	3	1	4	4	2	1		1	2		4	1	3	1	4	2	1	1	28	

[illegible]

Nos recherches qui portent sur une période de 23 ans, de 1880 à 1902 inclusivement, sont reproduites en détail au tableau annexé.

Nous nous contenterons de reporter ici la moyenne générale concernant cette période.

Nous arriverons à trouver pour Paris par an et par 1.000 habitants, 23 décès, alors que nos malades nous fournissent la proportion de 69 décès.

Nombres de décès par an et par 1.000 habitants, moyenne calculée pour une période de 23 ans, 1880 à 1902 inclus.

Paris	23
Bicêtre (épileptiques du service)	69

Il ne faut donc pas s'étonner si on a constaté depuis longtemps que la durée moyenne de la vie des épileptiques (1) était inférieure à la moyenne normale.

Il est une forme un peu particulière d'affection qui est une cause fréquente de mort chez les épileptiques : c'est la cachexie. Nous en avons relaté dans notre tableau un nombre considérable de cas, soit 9, 4 o/o des cas de décès. En général, les malades bien portants jusque-là commencent à dépérir, l'amaigrissement augmente très rapidement jusqu'à devenir absolument squelettique, la peau est sèche, terreuse, parcheminée, enfin les malades finissent par

1. Kolher, *Allg. Zeit. f. psych.* XXXIV, Bd H. 4.

succomber soit à la diarrhée profuse soit assez souvent à de la tuberculose pulmonaire qui survient à la fin.

Nous croyons avoir mis suffisamment en évidence à quel degré l'épileptique offre vis-à-vis des infections un *locus minoris resistentiæ*, et quelle gravité acquièrent chez lui ces infections.

OBSERVATION I (Personnelle).

Recueillie dans le service de M. le D^r BOURNEVILLE.

Chau Alfred, né à Paris, 13 juin 1886.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 43 ans de phtisie pulmonaire, alcoolique (vin, absinthe).

Rien de particulier dans sa famille, sauf un frère alcoolique mort de tuberculose pulmonaire aiguë.

Mère, morte à 40 ans de tuberculose pulmonaire.

Rien de particulier dans sa famille sauf un cousin germain épileptique.

A noter que les deux époux étaient cousins issus de germains.

A eu cinq enfants : 1^o une fille tuberculeuse ; 2^o un garçon mort-né ; 3^o notre malade ; 4^o un garçon mort en nourrice de convulsions ; 5^o une fille née un mois avant la mort de la mère, scrofuleuse.

A son entrée le 21 décembre 1901. Paraît en bon état sauf pour le bras gauche qui est paralysé depuis l'enfance (18 mois) avec atrophie musculaire sans contracture. Au point de vue de l'épilepsie pas de vertiges, pas de secousses, pas de cauchemars.

Accès peu nombreux, nocturnes. Les crises ont commencé il y a dix-huit mois, pas plus de deux accès pas semaine.

En classe comme à l'atelier l'enfant est docile, intelligent, plein de bonne volonté ; cependant de temps à autre caractère coléreux, vif, emporté.

En somme l'enfant paraissait au point de vue physique et intellectuel en amélioration, lorsque le 9 septembre 1903 il entre à l'infirmerie. On constate dès le deuxième jour un souffle rapidement remplacé par des râles humides. Etat général assez bon. Température entre 38° et 39°.

18 octobre. — Depuis trois semaines les signes physiques n'ont pas changé. Etat général un peu moins bon.

28 octobre. — A droite en arrière au sommet matité. Gargouillements. Râles fins au-dessous. En avant matité.

*Epilepsie : tableau des accès et des vertiges
de Chau Alfred.*

Janvier	2	»	1	»
Février	1	»	2	»
Mars	»	»	3	3
Avril	2	»	2	»
Mai	1	»	3	»
Juin	2	1	1	»
Juillet	1	»	»	»
Août	»	»	»	»
Septembre	3	»	»	»
Octobre	1	»	»	»
Novembre	»	»	»	»
Décembre	2	»	»	»
Totaux	15	1	»	»

Membres supérieurs.

Circonférence au niveau de				
l'aisselle	16.5	24	12	18
Circonférence à 0 m. au-des-				
sus de l'olécrâne (1). . .	14	18	10	15
Circonférence à 0 m. au-des-				
sous de l'olécrâne. . . .	14	22	10.5	18.5
Circonférence au niveau du				
poignet.	12	14.5	11.5	14.5
Circonférence au niveau du				
métacarpe.	14	19	13	17.5
Dist. de l'acromion à l'olécrâne	27	29	28	32
— de l'olécr. à l'apoph. styl.				
du cubitus	23	23	23	23
Dist. du cubitus à l'extrémité				
du médius.	17	19	17	19

A gauche, submatité, craquements.

15 novembre 1903. — L'infiltration tuberculeuse augmente.

Crachats purulents.

L'état général de plus en plus mauvais. Amaigrissement rapide. Assez d'appétit. Diarrhée. Le malade meurt peu de temps après. Nous n'avons pu retrouver le compte-rendu de l'autopsie.

Membres inférieurs.

Circonf. au niveau de l'aîne. . .	48	49	35	35
— à cent. au-dessus de la				
rotule.	40	40	27	27
— à cent. au-dessous de la				
rotule.	33	33	25	25

— au niveau du cou-de-pied.	21	21	21.5	21.5
— à la partie moyenne . .	23	22.5	20	19
Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne articulaire du genou.	40	40	44	44
Distance de l'interligne à la malléole externe	38	38	38	38
— de la malléole ext. à l'extrémité du médus . . .	20	20	20.5	20.5

OBSERVATION I (Personnelle).

Recueillie dans le service de M. le D^r BOURNEVILLE.

Gueni Maurice, né à Paris, le 27 mars 1887.

Antécédents héréditaires. — Père, 42 ans; vertiges, pas d'accès nettement caractérisés, pas d'autres renseignements.

Mère, 38 ans; convulsions jusqu'à 6 ans, typhoïde à 10 ans, actuellement bien portante, pas d'accès d'épilepsie, aurait quelques étourdissements.

Rien à signaler dans sa famille.

Trois enfants : 1^o notre malade; 2^o fille intelligente, pas de convulsions; 3^o garçon, pas de convulsions, bien portant.

Notre malade, a été précédé d'une grossesse et d'un accouchement normaux, allaité au sein puis au biberon. Première dent, quatre mois; marche à seize, propre à dix-huit, paraît très intelligent.

A 15 mois, convulsions ayant duré une journée, à trois ans, un soir l'enfant se couche avec un peu de bronchite. Dans la nuit, convulsions, pas de cris, miction involontaire, pendant trois semaines reste au lit avec fièvre et délire.

L'enfant qui parlait très bien avant ces accidents n'a plus parlé pendant sa maladie ni après.

Depuis cette maladie il est gâteux, idiot, mais présente un caractère irascible, mange bien seul de temps en temps, mais souvent ne le peut pas même avec ses doigts.

De 3 à 7 ans, vertiges fréquents avec chute du côté droit, accès d'épilepsie toutes les nuits et souvent plusieurs fois dans la même nuit, cauchemars, hallucinations.

Entre dans le service le 13 juillet 1897.

L'état général paraît bon, facies dénué d'expression, nombreuses cicatrices à la tête, crâne asymétrique, toute la moitié gauche est saillante, front est fuyant, les arcades sourcilières peu marquées.

Impossible contrôler l'odorat ni la vue. Lèvre inférieure épaisse, toujours pendante, oreilles très détachées, ouïe paraît bonne. Membres supérieurs normaux, doigts et ongles carrés. Mouvements et sensibilité normaux. Le thorax et abdomen n'ont rien de particulier. Membres inférieurs, droits bien conformés, le gauche est en abduction, rotation en dedans, le pied appuie sur la pointe.

Testicules. — Le droit introuvable.

Les années suivantes l'état de l'enfant est à peu près stationnaire. Il est gâteux, ne répond que par des sottises et des mots orduriers.

En 1900. — L'enfant marche moins bien, ne s'avance que soutenu. Raideur des muscles inférieurs dans les mouvements provoqués. Exagération des réflexes rotuliens, pas de réflexe plantaire. Se sert assez mal de ses membres supérieurs.

1901. — Exagération de l'état précédent, engelures très considérables et répétées.

1902. — Augmentation de la contracture. Rougeole.

Janvier 1903. — L'enfant ne peut plus marcher, l'état spasmodique augmente.

Septembre. — L'enfant s'affaiblit, s'amaigrit, se recroqueville de plus en plus.

Novembre. — L'enfant est dans un état squelettique. On aperçoit à travers la peau toutes les saillies osseuses, eschares au niveau du sacrum et des grands trochanters. Paraplégie spasmodique. Les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses, pied en extension légère, le tout plus prononcé à gauche. Les membres inférieurs sont extraordinairement grêles, la sensibilité très diminuée. Le malade tousse beaucoup, tuberculose pulmonaire.

12 novembre. — La cachexie augmente, l'enfant ne se nourrit plus.

Décédé le 18 novembre 1903.

Autopsie. — Crâne épais, dure-mère congestionnée, pas de lésions visibles à l'encéphale.

Poumons. — Base droite adhérente, lobe inférieur congestionné. Le poumon gauche, présente au lobe inférieur, une caverne du volume d'un œuf remplie de tissu gangréneux. Infiltration tuberculeuse dans le reste du poumon.

Ganglions trachéo-bronchiques.

Rien au cœur. Foie volumineux, dégénérescence graisseuse.

Testicules atrophiés. La moelle baigne dans un exsudat sanguinolent. Rien de particulier pour les autres organes.

Epilepsie : tableau des accès et des vertiges, de Gueni Maurice.

MOIS	1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier			88	2	16	»	23	»	9	»	38	2	19	»
Février			44	14	13	»	6	»	15	»	18	»	13	»
Mars			43	2	8	»	14	»	5	»	6	1	8	»
Avril			29	»	21	»	3	»	»	»	10	»	8	»
Mai			18	2	13	»	6	»	8	»	14	7	12	»
Juin			15	»	7	»	17	5	19	»	24	»	7	»
Juillet	22	»	26	»	19	»	16	»	19	»	17	»	24	»
Août	53	»	21	5	20	»	17	»	18	»	16	»	58	»
Septembre . .	21	4	28	»	11	»	17	»	15	»	10	»	3	»
Octobre . . .	27	4	31	»	15	9	11	»	23	»	»	»	4	»
Novembre . .	31	»	34	»	4	»	12	»	15	»	11	»	»	»
Décembre . .	53	»	15	»	4	»	24	»	23	4	»	»		
Totaux . .	217	8	391	25	141	9	166	5	169	11	164	10		

Déchéance psychique. Démence.

L'état mental des épileptiques a depuis longtemps attiré l'attention des auteurs. On sait que, normalement les épileptiques paraissent enclins aux idées mélancoliques. Il semble qu'ils aient conscience de leur impuissance au point de vue social. Après les attaques ces idées tristes s'exaspèrent tellement qu'elles peuvent être le point de départ d'impulsions au suicide, impulsions auxquelles le malade succombe parfois (Voir notre observation n° III). On constate chez ces malades un caractère changeant brusquement, une tendance marquée à l'exa-

gération des sentiments. Par périodes leurs sentiments affectifs sont, soit très développés, soit très restreints et même nuls. L'intelligence souffre elle aussi souvent. On conçoit que de tels malades sont des sujets tout prêts pour la démence. « Ce sont, dit Legrand du Saule, des êtres mixtes qui ont un pied dans le camp de la folie, et l'autre dans celui de la raison ».

A vrai dire cet état mental est en rapport avec les paroxysmes, et la stupeur post-paroxystique participe à la fois de l'épuisement physique (motricité et sensibilité) et de l'épuisement intellectuel.

On constate après les paroxysmes des troubles psychiques que nous avons déjà passés rapidement en revue. On nous permettra d'y revenir un peu.

Il arrive qu'après l'attaque, le malade tombe dans un état de démence aiguë avec stupeur. Il semble vivre dans un monde étranger au milieu où il vit, il est incapable de tout acte spontané. Il reste là hébété, affaissé comme en lui-même répondant à peine aux excitations extérieures. Il est très difficile de fixer son attention, souvent il reste dans le mutisme le plus complet ne paraissant nullement comprendre les questions qu'on lui pose.

Or parfois, cet état, au lieu de cesser brusquement, comme cessent les délires épileptiques, se prolonge, disparaît lentement pour, au prochain accès, réparaître de même. Supposons que les accès se rapprochent, la stupeur cesse d'avoir des rémissions, la démence s'établit définitivement, pour ne plus dis-

paraître. « La mort de l'intelligence, dit Legrand du Saule, devance celle des autres organes.

Comme on vient de le voir, la durée de l'état de stupeur post-paroxystique joue un grand rôle dans la production de la démence. Aussi atteint-elle le plus souvent les malades qui sont longs à se remettre de leurs attaques, ceux qui réagissent lentement, ceux qui ont à la suite des accès une tendance marquée au sommeil.

Il semble ainsi qu'un autre facteur important de la démence soit la fréquence des accès. Toutes nos observations portent, en effet, sur des malades ayant un nombre considérable d'accès.

Il semble par contre que la violence des accès n'ait pas une influence aussi nette.

On a affirmé que c'était surtout aux paroxysmes mineurs (vertiges, secousses, absences, etc.) qu'était due la démence, et cela justement à cause de la fréquence considérable des accès dans ces formes d'épilepsie.

Nos observations ne nous permettent pas d'abonder absolument dans ce sens. En effet, dans toutes nos observations, sauf une (V. Obs. IV), les malades ont, au contraire, un tout petit nombre de vertiges et prime pour ainsi dire point (V. Obs. V, Obs. XI). Nous n'avons pas la compétence nécessaire pour nous prononcer sur cette question, mais il nous paraît intéressant de faire ressortir ce fait qui découle de nos observations. La démence, la plupart du temps, s'établit d'une façon progressive, entrecoupée

de rémissions. Parfois cependant elle s'établit brusquement. Pour Calmeil à égalité du nombre des paroxysmes, elle serait d'autant plus rapide que le sujet serait plus âgé. Et même chez un sujet âgé, l'intelligence jusque-là laissée indemne par l'épilepsie peut sombrer brusquement après un seul accès. Nous retrouvons le fait chez un enfant de 3 ans, devenu idiot après une série d'accès en une seule nuit (V. Obs. II).

A priori il semblerait que les malades qu'atteint la démence sont ceux qu'une hérédité très chargée désigne pour des manifestations particulièrement graves. A vrai dire il n'en est rien. Nous avons soigneusement examiné à ce sujet de nombreuses observations, et pas plus que dans celles que nous rapportons nous n'avons pu trouver quelque chose de particulier.

Doit-on en conclure que l'hérédité n'a aucune influence ? Je ne crois pas qu'on soit néanmoins en droit de tirer une pareille conclusion, et nous croyons qu'on doit faire toutes réserves, étant donné l'extrême difficulté qu'on rencontre à obtenir des renseignements exacts.

En quoi consiste la démence épileptique. Nous ne croyons pas pouvoir faire mieux que de répéter la belle description de Delasiauve (1) si expressive en sa concision : « Suivant la gravité de cet état, l'attention est faible, inefficace, nulle ; la mémoire est

1. *Journal de médecine mentale*, 1861, p. 110.

confuse, infidèle, entièrement perdue ; le jugement incertain, défectueux, aboli ; les conceptions obscures, avortées ou fausses ; l'enchaînement des idées pénible, incorrect, impossible ; l'imagination sans essor ; les déterminations inertes, fugaces, non motivées ; les désirs sans portée comme sans base. De cette mutilation intellectuelle découle comme conséquence nécessaire l'anéantissement des manifestations morales : sentiments, affections, instincts. La vie physique subit elle-même des changements parallèles ; la sensibilité générale diminue, et l'exercice des sens, d'abord imparfait, finit par être complètement suspendu ».

Comme, on le voit, la déchéance psychique porte sur la généralité des fonctions nerveuses.

Un fait qui frappe le plus souvent c'est la disparition progressive de la mémoire.

Etant donné l'altération de la sensibilité, il semble que l'élément nerveux étant plus difficilement impressionné par les excitations extérieures, il lui devient difficile de garder la trace des impressions, de les reproduire au moment voulu et aussi de les associer. On constate, en effet, dans la plupart de nos observations, cette lenteur que le malade apporte à répondre aux questions, cette difficulté qu'il a à se rappeler pour les écrire les mots qu'on lui dicte ; on le voit progressivement écrire de plus en plus difficilement sous la dictée, répondre de plus en plus lentement avec une hésitation toujours croissante, il perd peu à peu, la faculté de compter, finalement il devient

incapable du moindre effort intellectuel. Son raisonnement subit la même marche descendante. Il a de plus en plus de difficulté à coordonner ses idées. Il a parfois des conceptions délirantes qui ne correspondent à aucune réalité, il ne sait plus ce qu'il dit.

Bref c'est l'anéantissement absolu de l'intelligence. En même temps ses sentiments se modifient, il devient méchant, agressif, parfois dangereux, tantôt il se confine dans un mutisme absolu dont il ne sort que pour proférer des mots grossiers.

En même temps on constate comme complément un certain degré de déchéance physique. Il bave, le plus souvent il gâte, la sensibilité étant très diminuée, ses organes des sens fonctionnent mal, il discerne imparfaitement ou même pas du tout les couleurs, l'odorat et le goût sont abolis, il a parfois de la coprophagie.

S'il est des cas heureux où, sous l'influence du traitement, les accès s'espacant ou même disparaissant, la démence rétrocede en partie, dans l'immense majorité des cas, au contraire, elle suit une marche fatalement et implacablement progressive, même quand les accès diminuent.

Ayant compulsé un certain nombre d'observations d'épilepsie tardive, il nous a paru que chez les malades atteints de cette affection, la démence était très rare, alors qu'elle est en somme assez fréquente chez les autres. Sans vouloir en rechercher la raison, ne pourrait-on pas la trouver dans ce fait que l'épilepsie tardive est généralement symptomatique, et par

suite nous éliminerions cette cause de déchéance que nous faisons valoir plus haut, les tares héréditaires, les prédispositions morbides que présentent les sujets atteints d'épilepsie essentielle.

Nous avons relaté avec grand soin dans nos observations, le résultat des autopsies pratiquées sur les malades atteints de démence. Nous avons constaté des lésions variées : hémisphères de poids différents, méningo-encéphalite, congestion, etc. Mais nous n'avons jamais trouvé une lésion macroscopique pathognomonique de la démence épileptique. Souvent même on ne trouvait aucune lésion visible à l'œil nu.

OBSERVATION III (Personnelle).

Recueillie dans le service du D^r BOURNEVILLE.

Lorthiois... Georges-Louis, né le 21 mai 1885 à...

Antécédents héréditaires. — Père mort en 1899 d'une maladie de foie. Caractère nerveux, emporté, buvait un peu, pas de convulsions dans l'enfance, pas de migraines. Rien de particulier dans la famille.

Mère, pas de convulsions ni de migraines. Rien de particulier dans la famille.

Douze enfants, dont deux morts, l'un de refroidissement, l'autre de rougeole, les autres bien portants.

Notre malade est le quatrième enfant, a été conçu très probablement dans l'ivresse. Marche à onze mois, propre à deux ans,

parle à deux ans, jusqu'à treize ans rien. Très bien portant, pas de maux de tête, pas de cauchemars. Intelligence normale, d'ailleurs a eu son certificat d'études primaires à onze ans.

A douze ans, brûlé par des amorces qu'il avait dans sa poche, brûlures graves. Premier accès à treize ans, aurait eu le même jour trois accès, une dizaine de jours après un autre accès, puis quinze jours après encore un autre, puis accès hebdomadaire. De quatorze à quinze ans pas d'accès. A quinze ans retour des accès toutes les semaines environ sans cause connue, pendant la rémission pas de vertiges. Maximum des accès en vingt-quatre heures : dix minutes, pas d'état de mal. Depuis un an sommeil après l'accès pendant cinq à six minutes ; pas de folie pré ou post-paroxystique.

Entrée à Bicêtre, service du Dr Bourneville le 11 janvier 1901.

Amaigrissement : a l'air assez éveillé. L'examen du malade ne révèle rien de particulier ses organes paraissent absolument normaux, organes génitaux normaux, poils touffus, on remarque que l'intelligence du malade est assez obtuse ; et depuis un an environ les parents avaient remarqué cette déchéance. La parole est traînante ; il est cependant resté affectueux, il aime beaucoup sa mère, et raisonne encore assez bien, il ne pouvait plus travailler et avait perdu tout goût pour le travail.

Dès son entrée, le caractère de l'enfant avait cependant paru changer et alors que la mère affirme qu'il était très doux chez elle, il devint violent à l'hospice, c'est ainsi que le 16 janvier à la suite d'une observation de l'instituteur de l'asile, il voulut lui jeter à la tête un encrier de faïence, il en fut empêché. Mis en cellule il brisa les carreaux ; il eut dans la soirée et la nuit suivante dix-sept accès.

Le 23 avril sans que rien dans la journée ait pu mettre

en éveil, le malade monta au premier étage et se précipita par la fenêtre, la mort arriva peu de temps après la chute.

Autopsie. — Hématome assez considérable, sous le cuir chevelu, très légères adhérences de la dure-mère, encéphale congestionné, fracture de l'atlas et de l'axis, persistance du thymus, longueur exagérée de l'appendice, rien de particulier d'autre part.

*Epilepsie : tableau des accès et des vertiges
de Lorthiois Georges.*

Janvier	108	»
Février	14	»
Mars	31	6
Avril	19	6

OBSERVATION IV (Personnelle)

Recueillie dans le service du D^r BOURNEVILLE.

Van der, Slooten, née à Paris le 4 novembre 1864.

Antécédents héréditaires. — Père : boulanger, bien portant, très buveur, caractère emporté surtout après boire ; son grand-père était un buveur aussi, sa grand'mère n'était pas nerveuse.

Mère ; journalière, pas de convulsions dans l'enfance, caractère triste, ne boit pas, rien de particulier dans sa famille.

A eu 12 enfants, il en reste 5 ; 1 est mort de convulsions, 4 du croup, 1 de bronchite, 1 mort-né. Notre malade est le douzième enfant, pendant la conception mère fatiguée. Vomisse-

ments, élevée au biberon, première dent à 8 mois, a marché à 1 an, parole à 15 mois, propreté à 15 mois, de 6 à 12 mois accès de cris, jusqu'à 3 ans bien portante. Mise à l'école à 3 ans, très intelligente. Vers 4 ans peur très violente causée par une autre enfant cachée, à la suite elle a pleuré plusieurs heures et elle a eu une attaque d'épilepsie les 3 jours suivants. Mêmes accès. Les attaques continuèrent et allèrent en s'aggravant. Les accès qui se produisent tous les jours vont jusqu'à 12 par jour. Les convulsions prédominent du côté droit ; le bras et la jambe de ce côté restent paralysés quelque temps après l'accès.

L'intelligence en dehors des crises est conservée, l'enfant comprend tout et montre beaucoup de bonne volonté.

Caractère turbulent, versatile, caressant. La mémoire est bonne, elle raisonne bien. Ne sait cependant ni lire, ni écrire, elle n'a pu fréquenter l'école à cause du nombre de ses crises, par contre elle sait coudre et tricoter.

Entre à l'Asile de Bicêtre, service du Dr Bourneville, le 8 août 1896. — Elle paraît pâle peu souffreteuse, tête volumineuse, régulière, rien de remarquable à l'aspect extérieur, présente quelques poils au pubis, grandes lèvres assez développées. Clitoris peu visible, les organes paraissent normaux.

Le traitement a consisté, en hydrothérapie, élixir-polybromuré, sirop d'iodure de fer. Huile de foie de morue, bromure de camphre.

Épilepsie : tableau des accès et des vertiges de Van der Slooten.

MOIS.	1896		1897		1898		1899		1900		1901	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
ier. . . .			12	20	15	14	18	20	16	12	27	13
ier. . . .			10	15	18	12	18	12	23	10	19	11
s.			16	18	15	11	19	35	25	13	38	7
l.			20	22	10	12	22	37	31	5	55	1
.			19	30	11	10	18	20	35	6	97	
.			15	25	13	16	17	18	21	5		
et			14	22	15	20	20	35	22	6		
t.			10	45	10	35	15	37	23	4		
embre . .	8	19	12	55	12	22	18	28	17	3		
bre . . .	15	8	17	63	16	21	17	25	25	4		
embre . .	18	10	15	25	10	26	16	26	26	2		
embre . .	12	14	18	30	11	15	21	28	28	5		
Totaux .			178	370	156	214	219	317	292	75		

La physionomie est peu intelligente, peu expressive, plutôt hébétée.

L'enfant parle bien sans accent, elle bavarde beaucoup. Elle sait chanter.

Elle se tient bien à table, sait se servir de la cuiller, de la fourchette et du couteau.

Elle mange volontiers tous les aliments qui lui sont servis. Elle mange proprement, sans rumination, ni bave, ni succion, ni vomissements. La digestion est bonne, les selles sont régulières.

Vue normale.

L'ouïe est bonne, elle retient bien les airs musicaux.

Elle fait la distinction des bonnes et mauvaises odeurs.

Elle sait marcher, courir et sauter, descendre et monter un

escalier. Elle se débarbouille très imparfaitement, ne se peigne pas.

Elle sait se lacer mais ne le fait pas.

Elle ne gâte ni le jour ni la nuit. Mais lorsqu'elle a ses accès elle urine parfois sous elle.

Rien de particulier à signaler pour l'onanisme.

Elle dort tranquillement, sans cauchemars, et ne se réveille qu'à la cloche qui sonne le lever.

La mémoire est médiocre. Elle sait ce qu'elle a fait avant son arrivée, mais il semble qu'elle a bien peu retenu ce qu'on a pu lui apprendre en classe.

L'attention est assez difficile à fixer. A la classe elle bavarde beaucoup, écoute fort peu.

Elle n'est pas timide. Elle est toujours autour des infirmières se mêlant de tout, insupportable. Elle taquine ses compagnes, rapporte tout ce qu'elles disent ou font.

Elle est prévenante pour ses maîtres et semble heureuse quand on vient la visiter.

Janvier 1897. — L'état de l'enfant reste le même. Son intelligence et sa mémoire auraient plutôt tendance à baisser à cause des nombreux accès et vertiges.

Janvier 1898. — Les accès et vertiges sont toujours nombreux. Sa physionomie est la même, inexpressive, hébétée.

Elle est gâteuse après ses accès et urine souvent sous elle.

Les pupilles sont dilatées, d'égale grandeur. Pas de tremblements de langue, mais la parole est embarrassée, elle hésite à répondre.

Elle est turbulente et taquine envers ses compagnes, elle bavarde beaucoup sans se rendre compte de ce qu'elle dit. La

tenue laisse beaucoup à désirer. Elle reste sans cordons à ses souliers, sans jarretières, et travaille très peu à l'ouvrage.

Juillet 1900. — L'état de l'enfant s'aggrave.

La mémoire et l'intelligence s'affaiblissent, elle a des périodes où elle est plus abattue, plus hébétée que d'habitude. Ceci se produit après plusieurs accès successifs.

Elle est très longue à se remettre et reste des journées entières anéantie, ne mangeant pas, ne parlant pas, ne pouvant se tenir debout.

Elle bave abondamment à la suite des accès et urine souvent sous elle.

Janvier 1901. — L'enfant va lentement vers la déchéance complète.

Mai 1901. — Après les différentes séries d'accès qu'elle a eus depuis le commencement du mois, l'enfant paraît beaucoup plus fatiguée. Ce matin (10 mai) elle a l'air complètement hébétée et ne veut pas manger sa soupe. Comme la veille elle ne consent à prendre que du lait.

Etat comateux, sans accidents convulsifs pour le reste de la journée.

L'enfant meurt le lendemain matin après 7 heures.

Autopsie. — Crâne: os durs, épais, pas de synostoses. Adhérences nombreuses et résistantes de la dure-mère au crâne. Dure-mère épaissie en général. Pie-mère très vascularisée.

La décortication de l'hémisphère droit est pénible et entraîne quelques parcelles de substance cérébrale. Méningo-encéphalite.

Thorax. — Adhérences pleurales. Poumons congestionnés. Adénopathie bronchique à droite. Cœur dégénéré. Végétations abondantes. Rien de particulier pour le reste.

OBSERVATION V (Personnelle)

Recueillie dans le service du Dr BOURNEVILLE.

Baron Hippolyte, né à Paris, 6 février 1885.

Antécédents héréditaires. — Père buveur, paraît vers 4 à 5 ans, avoir eu une affection nerveuse ayant nécessité l'application de glace sur la tête. Rien du côté de la famille.

Mère, rien de particulier au point de vue névropathique, pas davantage dans sa famille.

A eu dix enfants dont six morts en bas âge d'entérite, les autres bien portants. Notre malade est le quatrième enfant.

Antécédents personnels. — Nourri au sein puis au biberon, première dent à 8 mois, parole et marche tardives à 17 mois, jamais de convulsions dans la première enfance.

Entre dans le service du Dr Bourneville, le 5 juin 1895. Début des accès vers 9 ans, dans la nuit, a eu premier accès. Les crises ont disparu pendant 3 à 4 mois, puis ont repris tous les mois, puis tous les 15 jours, leur fréquence a augmenté progressivement, actuellement presque une crise tous les jours. Pas d'instincts spéciaux. Invente des faits qui ne correspondent à rien de réel. Il a eu la scarlatine et la rougeole dans l'enfance, sommeil calme, sans cauchemars. Accès de sommeil dans la journée. Ses sentiments affectifs sont très développés. Entré à l'école à 6 ans, il a très bien appris à lire et à écrire. Mais depuis quelque temps sa famille remarque une certaine paresse intellectuelle, un manque d'attention, une diminution de la mémoire.

Épilepsie : tableau des accès et des vertiges de Baron Hippolyte.

MOIS	1895		1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
ier			65		61		27		24		60		31		42	
ier			56		33		66		36		49		28		62	
s			43		122	3	53		37		25		29		68	
l			26		82	1	13		17		34		31		75	
.			46		90		32		10		17		20		32	
.	48		23		51		18				60		34		8	
et.	27		22		122		28		15		30		40		24	
t.	11		28		56	1	51		14		28	1	36		23	
embre . . .	9		48		24		33		15		63		31	1	29	
obre. . . .	44	1	32		44		25		84		61		26		27	
embre. . .	113		82		47	1	51		38		40		56		13	
embre. . .	59		110		22		35		32		18		31		17	
Totaux. .	241	1	581		644	6	432		322		485	1	393		420	

L'enfant parle très bien, répond exactement à toutes les questions qui lui sont posées, connaît son nom, son âge, l'adresse de ses parents.

Sa voix est gutturale, son attitude est droite dans l'immobilité ainsi que dans la marche et la course. Il marche vivement et légèrement. Au réfectoire la tenue est bonne, il mange proprement, a bon appétit, sans manifester de préférence pour aucun aliment. Il aime bien les friandises, mais ne cherche pas à en voler à ses camarades.

Rien observé pour l'onanisme, le sommeil est bon et calme.

L'enfant ne pleure pas sans motif, par contre il rit continuellement aux éclats sans raison.

Il chante très peu, mais aime beaucoup à entendre chanter.

L'enfant ne se plaint pas d'étourdissements, il a des maux de tête.

N'est pas gâteux.

Au point de vue du caractère l'enfant est gai, joueur, taquin ; il n'est pas méchant, mais il est très espiègle ; tout en n'étant pas batailleur il ne craint pas de se défendre si ses camarades le provoquent.

La vue et l'ouïe sont normales.

L'odorat est bon, l'enfant distingue une bonne odeur d'une mauvaise.

Le sens du goût est bien développé. Il lit couramment, son écriture est lisible et assez soignée. Il connaît un peu de calcul mais n'a pas d'orthographe.

Il reconnaît toutes les couleurs.

Décembre 1895. — L'enfant depuis quelque temps bave en dehors de ses accès.

Il tombe en déchéance, il devient moins soigneux et s'habille très mal.

Il est obstiné, indocile, taquin et malhonnête.

En classe il n'écoute plus rien, se dérange sans cesse de sa place, ses accès sont plus fréquents, surtout pendant la nuit à partir de trois heures du matin.

Description d'un accès. — Dès le début de l'accès les membres sont fortement contractés, durant l'accès l'enfant se place sur le ventre la face sur l'oreiller.

Quelques jets de bave plutôt blanchâtre que sanguinolente. Les yeux sont tournés vers la gauche, la bouche s'ouvre et se referme alternativement avec un bruit sec comme si les mâchoires étaient mues par un mécanisme. Respiration stertoreuse suivie d'un anéantissement complet, ou le plus souvent d'un

sommeil lourd et profond rempli de cauchemars. Pas d'urine ni de défécation.

Juin 1896. — L'enfant baisse sensiblement, la parole est embarrassée. La mémoire diminue.

Il devient de plus en plus indocile, ne tenant aucun compte de ce qu'on lui dit.

Il ne peut plus lire, son écriture, devient illisible. Il ne sait plus compter.

Décembre 1897. — L'enfant s'affaiblit de plus en plus. Sa mémoire devient presque nulle, il ne peut plus s'occuper en classe.

Il ne sait jamais où se trouve sa place; il perd les crayons, plumes, etc., et accuse les autres enfants de les lui prendre.

Son caractère est à peu près le même. Il rit continuellement sans aucun motif.

A noter pupilles inégales, dilatées, prononciation tremblotante, troubles vaso-moteurs.

Juin 1898. — L'enfant apporte à présent peu de goût au travail, il est insensible aux réprimandes. Il regarde d'un air hébété et rit aux éclats en haussant les épaules comme pour se moquer.

Il est niais dans ses conversations, et de temps en temps dit des choses incohérentes. Par exemple il vous demande : « Voulez-vous être mon père ? » ou bien : « Vous savez mon camarade Boucher, c'est ma mère. » Puis il rit aux éclats. Sa tenue et son attitude sont moins mauvaises que le semestre précédent, toutefois cela laisse encore beaucoup à désirer.

Les accès sont moins fréquents.

Juin 1899. — La déchéance s'accroît.

L'enfant est aujourd'hui incapable de tout travail en classe.

Il reste continuellement les jambes allongées sur le banc et si on lui dit de se tenir convenablement il répond en riant : « oui, mais moi c'est que je suis bien comme ça. » Il n'est pas méchant.

Juin 1900. — Aucune amélioration, la déchéance est toujours plus prononcée.

L'enfant ne conserve de bien que sa tenue.

La parole est changeante, quelquefois incompréhensible, à d'autres instants brève, le plus souvent nulle.

Le caractère n'a jusqu'à présent subi aucune variation, il n'est pas méchant, au contraire, il est gai. En classe il travaille machinalement sans avoir aucune idée de ce qu'il fait.

1902. — La déchéance consiste surtout en un grand affaïssement du malade sur lui-même, une sorte de lassitude qui le rend incapable de tout travail. Il n'arrive même plus à reconnaître son chemin et à monter dans son lit.

En somme l'enfant dont précédemment la déchéance restait stationnaire est actuellement plus que jamais dans l'impossibilité d'apporter aucune attention à quoi que ce soit.

Il ne se tient plus assis, se promène continuellement, ou s'imaginant que telle ou telle place est la sienne, il crie, se met en colère et veut à toute force en chasser l'enfant qui s'y trouve en prétextant que c'est sa place qu'on a prise.

Juin 1903. — Tenue de plus en plus mauvaise. Toujours mêmes troubles de la parole. Congestion de la face et dilatation des pupilles.

Travail en classe absolument nul.

A été transféré le 17 juillet.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le D^r BOURNEVILLE

Riche Henri, né à Alfortville, 30 mai 1886.

Antécédents héréditaires. — Père, mort à 38 ans; nombreuses convulsions dans l'enfance jusqu'à 13 ans, pas d'alcoolisme, pas de syphilis, caractère très violent, rien dans sa famille.

Mère migraineuse ne boit pas, caractère vif, rien dans sa famille.

Dix grossesses dont deux fausses-couches, 1 mort de méningite, 3 de convulsions, 2 sont vivants, 2 bien portants et notre malade qui est le sixième enfant.

La conception ni la grossesse n'ont rien présenté d'anormal. Notre malade sevré à 18 mois, première dent à 4 mois $1/2$ marche à 9 mois, propre à 1 an. A eu à 7 ans $1/2$, des convulsions très intenses qui ont duré 3 h $1/2$, plus fortes du côté gauche; très abattu après la crise, 2 mois après nouvelles convulsions durant 2 heures et aussi fortes.

Du dix-septième au dix-huitième mois, il en a tous les jours. Il est resté calme pendant 1 an, puis il en a eu tous les trois mois et elles ont été en augmentant jusqu'à l'époque actuelle. Il reste longtemps assoupi hébété après la crise.

A son entrée dans le service du D^r Bourneville 27 juillet, 1896. Caractère gai, affectueux, pas d'onanisme. Bonne mémoire, intelligent, instruit, air de santé très satisfaisant.

Les différents organes très bien examinés ne présentent absolument rien d'anormal.

Épilepsie : tableau des accès et des vertiges de Riche Henri.

MOIS.	1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier . .		»	3	»	18	3	»	12	1	»	14	»	2	1	20	
Février . .		»	35	3	12	2	»	12	5	»	6	»	2	1	26	
Mars . . .		»	32	4	10	2	»	9	2	1	12	»	10	5	27	
Avril . . .		»	15	»	13	»	»	5	5	»	14	»	3	»	43	
Mai		»	25	1	6	»	»	11	7	»	6	»	1	»	9	
Juin		»	16	4	3	»	5	»	6	»	»	»	4	4	46	
Juillet . . .	2	»	18	1	2	»	10	»	1	»	5	3	3	»	5	
août	23	»	19	»	5	»	3	»	1	»	3	»	12	8		
Septembre .	41	»	17	3	5	»	11	»	8	»	»	»	7	»		
Octobre . .	14	»	18	»	6	»	6	»	4	»	9	7	»	6		
Novembre .	21	»	33	2	4	»	12	»	7	»	5	9	4	21		
Décembre .	17	»	13	»	9	»	»	»	8	»	20		5	»		
Totaux . .	118	»	244	18	93	7	47	49	56	1	84	19	53	46		

Regard vif et quelque peu hardi. Ensemble agréable.

L'attitude est bonne, l'enfant se tient très droit, et a les mouvements prompts et dégagés.

La parole est libre, vive, très intelligible. La voix est claire, enfantine, d'un timbre agréable.

La marche est vive, l'enfant est toujours en mouvement. Il court rapidement, monte et descend librement. Saute avec légèreté tous les bancs et les quatre degrés de l'escalier.

Au réfectoire la tenue est bonne. Il se sert bien de son couvert et mange proprement de tous les aliments. Boit modérément. La mastication se fait bien. La digestion est normale.

Le sommeil est calme. Ni cauchemars ni hallucinations n'ont été observés depuis l'entrée.

Rien constaté pour l'onanisme jusqu'à ce jour.

N'a ni tics ni manies.

L'enfant ne pleure pas sauf quand il se bat avec ses camarades et qu'il n'est pas le plus fort.

Il chante assez bien plusieurs chansons apprises au dehors. Il aime beaucoup chanter et le fait assez justement quoique fort vite.

La face généralement colorée ne change qu'au moment des attaques ; alors elle devient pâle, mais reprend vite sa couleur normale.

Jusqu'ici l'enfant ne s'est plaint ni de migraine ni d'étourdissement.

Il se ronge les ongles avec acharnement malgré l'emploi bi-quotidien de l'acide picrique et même de la coloquinte.

Il n'est pas gâteux.

L'enfant est d'une excessive turbulence, il ne peut rester assis, il marche et change de place continuellement.

Il est très taquin, agace ses camarades, les bouscule, les frappe sans motifs ; si un autre le frappe, il rend les coups avec obstination.

Il est grossier et répond insolemment aux observations qui lui sont faites.

Il est entêté, difficile à guider, et cependant il est doué de beaucoup de compréhension.

Lorsqu'il est bien disposé il est serviable et poli.

La vue paraît bonne. L'ouïe est bien développée quoiqu'un peu délicate.

L'odorat est normal, le goût aussi.

1897. — L'enfant baisse sensiblement, il n'a plus de mémoire.

Il ne sait jamais où il est ni où il va. S'il n'était pas surveillé il s'égarerait n'importe où.

L'onanisme est fréquent, l'enfant s'y adonne avec d'autres camarades ; de plus il a de mauvais instincts et cherche à relever les jupes des infirmières.

1898. — La déchéance s'accroît de plus en plus, l'enfant parle à peine, n'a plus de mémoire ; il ne sait plus s'habiller ; il se tient mal, il gâte. Souvent même il mange ses excréments.

Il doit être surveillé continuellement sans cela il se sauve. Il devient violent et il lève la main sur les personnes qui le soignent.

Toujours sujet à l'onanisme. Mais cependant il ne cherche plus comme par le passé à lever les jupes des infirmières ni la compagnie des autres enfants.

1899. — Déchéance stationnaire. Suppression des accès depuis le mois de janvier 1898 où ils ont été plus rares jusqu'en mars 1898.

Suppression depuis avril des vertiges qui n'ont repris et la nuit seulement qu'au mois de janvier 1899.

1900. — L'enfant ne fait absolument plus rien. Il devient violent, dangereux même pour les autres enfants qu'il bouscule et frappe.

Il est très grossier, ne tient compte d'aucune observation et crache au visage de tout le monde.

Sa manie du moment est de s'acharner après un enfant qu'il poursuit et tracasse pendant quelques jours, puis il le laisse, recommence ce manège avec un autre, et ainsi de suite.

Il les conduit dans les jardins, dans les cabinets, et les tyrannise ainsi toute la journée.

Si on l'en empêche il répond en vociférant des grossièretés et en crachant au visage.

Quand il est gai il chante, danse, vient prendre les infirmières par la main pour les faire jouer avec lui. En résumé l'enfant est en déchéance.

1901. — L'enfant est de plus en plus violent et dangereux. Le soir on ne peut le tenir couché, il court d'un lit à l'autre, secoue les autres enfants, les taquine, et s'ils ne veulent le supporter il se jette sur eux et les mord sans même se rendre compte si celui qu'il mord est le même qui l'a repoussé.

L'enfant est mis en cellule. On lui fait prendre un bain tous les deux jours.

1902. — L'enfant sur l'ordre du docteur est remonté des cellules, mais le 6 juillet à la suite de morsures à trois enfants et de coups à une infirmière on est obligé de l'y remettre.

OBSERVATION VII (Résumée).

(Publiée dans le Compte-rendu du service du Dr BOURNEVILLE (année 1897, p. 29).

Dur. Jean, 8 ans, entré dans le service du Dr Bourneville, 16 juillet 1880.

Antécédents héréditaires. — Père 66 ans, intelligence à peine moyenne, léger bégaiement, sobre, calme, un peu rhumatisant. Son père est mort après avoir été paralysé pendant 6 ans à la suite d'une chute de voiture. Sa mère morte à 77 ans, pas de détails, dix frères et sœurs morts on ne sait de quoi. Pas d'antécédents héréditaires nerveux dans la famille.

Mère, 46 ans, peu intelligente pas nerveuse, condamnée pour avoir volé une hache sur un chemin ; a deux enfants intelligents, d'un premier mariage. Son père, ivrogne mort à 70 ans, paralysé. Sa mère sobre, morte à 77 ans, paralysée et en enfance, trois frères et une sœur bien portants pas de nerveux dans la famille. Pas de consanguinité.

Elle a eu quatre enfants : 1^o fille morte de coqueluche à trois mois ; 2^o fille morte de même à 3 mois ; 3^o notre malade ; 4^o une fille de 6 ans bien conformée, peureuse.

Notre malade. — Grossesse et accouchement normaux, élevé au sein, a parlé à 20 mois, a marché et propre à 2 ans. pas d'accidents nerveux ni scrofuleux. Rougeole à 2 ans 1/2, pas de tic, pas d'onanisme. A 3 ans, peur occasionnée par un homme disant qu'il voulait l'éventrer avec une fourche. Le lendemain, convulsions égales des deux côtés, quelquefois un peu plus fortes à droite, elles durèrent 48 heures. Depuis cette époque le plus long intervalle de calme a été 15 jours et les séries peuvent être de 32 dans les 24 heures, au début les accès étaient nocturnes et diurnes, depuis 2 ans ils ne sont plus que nocturnes. Il reste hébété pendant 1/2 heure ou 3/4 d'heure après l'accès. Pas de délire après l'accès, ni de manifestations mentales dans l'intervalle des accès, jamais d'étourdissement, l'intelligence et la mémoire ont baissé. Son caractère s'est aigri, cependant encore assez effectueux. Sommeil bon, on n'a pas constaté de vertiges.

Etat actuel. — La tête est forte, considérablement développée à la région postérieure, léger aplatissement de la partie supérieure de l'occipital ; front assez haut, bosse frontale gauche moins saillante que la droite, dépression légère au-dessus des sourcils surtout à gauche. Oreilles régulières un peu écar-

tées, yeux bleus, pas de strabisme. Nez aquilin, bouche assez grande, dents bien rangées, incisives médianes larges, voûte palatine peu profonde, assez large, amygdales et piliers réguliers, la moitié gauche de la face paraît moins développée que la droite, le tronc est bien conformé, les membres aussi, mais ils sont très grêles, organes génitaux normaux, peau brune, adénite cervicale, cheveux châains, œils et sourcils abondants, impétigo du lobule auriculaire droit, érythème des fesses.

Digestion.— Mange seul, ne se sert que de la cuiller ; voracité, pas de vomissements, foie normal, ne gâte pas. Respiration : tousse un peu. Cœur et pouls réguliers. Sensibilité générale et spéciale normale.

Etat intellectuel. — Intelligence médiocre, prononce quelques paroles dans son patois auvergnat, pas d'embarras de la prononciation, ne sait pas s'habiller, grande répulsion pour l'eau ; a l'habitude de collectionner tout ce qu'il trouve (chiffons, allumettes, miettes de pain, etc.). Poids, 21 kilogs, taille, 1 m. 17.

Le 27 août. — Il est pris de diarrhée séreuse avec traces de sang. Elle persiste les jours suivants, l'enfant s'affaiblit. La diarrhée est considérablement diminuée par une potion au salicylate de chaux (2 gr.), mais elle ne tarde pas à reprendre, l'enfant s'affaiblit de plus en plus.

Le 8 janvier. — Eschare au grand trochanter droit.

10 janvier. — Ulcération du grand trochanter gauche, amaigrissement extrême, respiration difficile.

16 janvier. — Meurt.

Autopsie. — Poumons : broncho-pneumonie, les autres organes sont très congestionnés, sans autres lésions visibles à l'œil nu.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

Recueillie dans le service de M. le Dr BOURNEVILLE.

D... Henri, né 1890, 24 mars, Paris.

Décédé 3 décembre 1900.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 37 ans. Somnambule dans sa jeunesse, pas de convulsions, pas d'antécédents syphilitiques. Tempérament nerveux, pas de migraines, pas d'excès de boisson. Rien du côté de sa famille.

Mère, caractère un peu emporté, pas de signes de syphilis. Son père avait 60 ans quand il est né, sa mère 28. Pas de renseignements sur sa famille.

Grossesse à peu près normale, une colère violente un jour.

Notre malade allaité au sein jusqu'à 18 mois, marche à 15, parle à 20, propre à 2 ans. Avant ses convulsions, enfant intelligent. A 2 ans premières convulsions, sans prodromes généralisés avec perte de connaissance. 8 jours après, nouvelles convulsions, ascaris expulsés par la bouche.

Le premier accès d'épilepsie aurait éclaté 8 jours après, depuis, il y en a tous les mois, surtout le matin. L'intelligence était entière, fièvre typhoïde, à 3 ans, pas d'accès pendant.

Il a deux frères et une sœur très bien portants, intelligents.

A son entrée dans le service :

Air de bonne santé, expression un peu niaise. Cicatrice sur région frontale droite. Crâne ovale, bosses occipitales accentuées. Pas d'exophtalmie, de strabisme, de paralysie, pas de blépharite, réflexes oculaires normaux, pupilles égales, acuité visuelle normale, reconnaît les couleurs. Palais arrondi, goût normal. Oreilles

normales, ouïe normale. Membres normaux, pas d'oxychophagie. Organes viscéraux normaux, pubis glabre. L'enfant se fait fréquemment en tombant des cicatrices à la face, un peu d'impétigo.

Traitement. — Douches et élixir polybromuré.

*Epilepsie : tableau des accès et des vertiges
de D... Henri.*

Janvier.	. . .		45	»	32	
Février.	. . .		36	»	20	
Mars	. . .		31	»	35	
Avril	. . .		14	»	27	
Mai.	. . .	46	»	28	»	33
Juin	. . .	32	»	23	»	38
Juillet	. . .	35	»	32	»	36
Août	. . .	38	1	25	17	69
Septembre.	. . .	29	2	10	1	16
Octobre	. . .	23	»	9	»	28
Novembre.	. . .	26	»	24	»	22
Décembre.	. . .	35	»	65	»	
Totaux.	. . .	264	3	342	18	358

L'enfant a la physionomie très douce, la parole est très intelligible, la prononciation est bonne mais traînante, il cause de tout, tient bien une conversation ; sait son adresse, le nom de ses parents et répond bien à ce qu'on lui demande. La voix est douce et claire. Se tient bien à table quoique au début il paraissait difficile pour les aliments qu'on lui servait. Très agité la nuit surtout lorsque l'enfant est sous le coup des accès. Rien de constaté pour l'onanisme. Le naturel de l'enfant est bon et doux.

Il n'est pas joueur. La vue est normale de même que l'ouïe.

L'odorat est délicat et d'une grande finesse. En fait de couleurs connaît le rouge, le noir et le blanc, mais confond toutes les autres.

Le teint du visage est pâle, légèrement rosé aux joues et ne subit d'altération qu'au moment des attaques.

L'enfant est épileptique. Il tombe fréquemment mais sans régularité.

Avant l'accès l'enfant paraît plus agité et ne reste pas en place.

Il se lève s'il est assis, se couvre les oreilles avec les deux mains dit un mot d'avertissement, mais n'a pas toujours le temps d'achever ; il dit le plus souvent : « Oh j'ai mal au cœur » ; mais ne crie pas. Il tombe sur le dos, la tête très renfoncée vers le tronc, tous les membres sont violemment secoués les membres inférieurs sont fléchis et raidis, les membres supérieurs à moitié tendus, les doigts rentrés dans les paumes de la main, le pouce en dessus, la face est violacée surtout le pourtour des yeux et les lèvres, les dents sont serrées.

Les yeux sont injectés, les paupières battent vivement ; les yeux se tournent à droite.

La bouche dévie à droite également. Pas d'évacuation d'urine ni de défécation.

Peu de bave, de couleur blanchâtre.

Durée de l'accès une minute et demie.

Sommeil d'un quart d'heure avant lequel l'enfant cherche à se relever n'y parvient pas, titube, a les jambes molles. L'enfant se remet au bout d'une demi-heure.

1899. — L'enfant tombe en déchéance, il devient chaque jour de plus en plus insupportable, tenace dans ses idées et il répète continuellement la même chose. Il cherche à se sauver et il faut l'attacher sans quoi il serait toujours parti, il va dans les jardins, dans le parloir, enfin de tous les côtés.

Il devient pleurnicheur, entêté, la parole surtout semble vouloir s'embarrasser. Plus de lenteur est apportée dans les mouvements. L'enfant devient très maniaque.

L'onanisme est fréquent.

En septembre. — L'enfant est mis à l'infirmerie pour un prolapsus du rectum et y reste jusqu'en novembre.

1900. — La physionomie de l'enfant depuis la déchéance ne change pas, l'état des pupilles habituellement assez élargies reste à peu près toujours la même. L'attitude qui avant la déchéance était droite est maintenant plus inclinée et souvent même son corps se penche fortement à gauche, sa main étendue et présentant des secousses continuelles. La déchéance s'accroît de plus en plus.

L'enfant perd toutes ses idées, il cause à tort et à travers et en paraissant éprouver de la fatigue lorsqu'il parle. La marche également devient lourde, l'attitude mauvaise en général indiquant une grande lassitude.

La mémoire diminue sensiblement, l'enfant reconnaît à peine ses parents.

En résumé la déchéance complète arrive à grands pas. Il devient aussi un grand gâteux.

On observe une légère dilatation des pupilles pendant la période des crises.

Le 5 novembre. — Descend à l'infirmerie pour scarlatine suivie d'une angine ; il meurt le 3 décembre 1900 dans un accès.

Autopsie. — Cuir chevelu épaissi adhérent en plusieurs endroits.

Crâne. — Plagiocéphalie prononcée, os durs moyennement épais, toutes les sutures persistent.

Dure-mère. — Épaissie sans fausses-membranes, très adhérente dans la fosse occipitale gauche, quelques adhérences à la pie-mère au niveau des lobes temporaux. Pie-mère et face convexe des deux hémisphères opalescentes, vascularisation légère, accollement de la face interne des deux lobes frontaux. Très peu de liquide céphalo-rachidien.

Hémisphère droit. — Pie-mère facilement décolable, un peu de méningo-encéphalite sur F¹ et F². Nombreuses adhérences sur le pli pariétal inférieur et le pli courbé, pie-mère très adhérente au cervelet.

Organes thoraciques. — Rien de particulier.

Foie. — Dégénérescence graisseuse. *Rate* molle, diffluente, autres organes, rien de particulier.

OBSERVATION IX (Personnelle).

Récueillie dans le service de M. le D^r BOURNEVILLE.

Maud Georges-Henri, né à Châtellerault, 10 août 1888.

Antécédents héréditaires. — Père 43 ans, bien portant, pas d'alcoolisme, pas de convulsions dans l'enfance, pas de migraine, caractère doux. Rien de particulier dans sa famille.

Mère, 40 ans, ne fait rien, pas de convulsions ni de chorée, mais des migraines au moment des règles, disparaissant pendant ses grossesses. A eu six grossesses : 1^o une fille morte à 2 mois d'athrepsie ; 2^o garçon mort à 1 mois, pas de convulsions ; 3^o une fille bien portante ; 4^o fausse-couche à deux mois ; 5^o fausse-couche à deux mois ; 6^o notre malade.

Grossesses pénibles. Dans sa famille, père mort à 80 ans,

dans l'enfance, mère morte à 77 ans, paralysie des deux jambes ; rien de particulier chez les autres parents.

Antécédents personnels. — Notre malade au moment de la conception, a des parents bien portants. Entrée au service en 1896, pas de misère. Grossesse bonne. Accouchement normal à terme, enfant bien constitué, pas d'asphyxie, élevé au sein pendant trois mois puis au biberon jusqu'à 15 mois. Sevré à à cette époque, première dent à 3 mois, dentition complète à 15 mois, parole à 15 mois, marche vers 17 mois, propre vers 2 ans.

A 4 mois convulsions, chacune des crises dure un quart d'heure environ se reproduisant tous les trois à quatre jours. A 5 ans, les crises cessent, l'enfant va bien. A 7 ans, elles recommencent, pas de cris. L'enfant a toujours la même phrase : Maman j'ai mal au cœur. A 8 ans, les crises deviennent plus nombreuses et plus intenses, l'enfant tombe par terre sans connaissance, n'écume pas, pas d'incontinence d'urine, crises diurnes seulement. Convulsions limitées au côté gauche.

Rougeole à 3 ans. La mère a remarqué de brusques changements de coloration du visage. Sommeil bon, pas de cauchemars.

Caractère gai et doux, affectueux, mémoire bien bonne, raisonne bien, sait lire et écrire, très attentif.

Peu de temps après son entrée stomatite ulcéro-membraneuse. A son entrée : expression intelligente, crâne allongé, deux cicatrices, yeux mobiles, sans exophtalmie ni strabisme, ni paralysie, pupilles égales à réflexes normaux, acuité visuelle normale, sait distinguer les couleurs. Odorat normal, pas de tremblement de la langue, les autres organes sont absolument normaux ; phymosis.

L'enfant a été retiré en décembre 1896 et rentre de nouveau en mars 1901. Pendant cette absence il a continué à avoir des accès avec quelques rémissions dont la plus longue a été deux mois. La mère l'a mis dans trois écoles d'où il a été renvoyé successivement. Pas de maladies intercurrentes, pas d'impulsions dangereuses. Son état à sa rentrée paraît moins bon, figure pâle et boutonneuse, physionomie un peu hébétée. Prognathisme de la mâchoire inférieure. Yeux peu mobiles et peu expressifs.

Janvier 1901. — Au point de vue intellectuel : écrit très lentement, lecture sans expression, parole très lente, suit difficilement la dictée à cause de sa lenteur, nombreuses fautes d'orthographe, fait bien l'addition et la soustraction, mal la multiplication, connaît les couleurs principales, ne sait distinguer les intermédiaires, lit difficilement l'heure en comptant les heures intermédiaires sur le cadran, ne se rappelle plus les divisions du temps ; très doux, très docile, mémoire très diminuée, ne peut se rappeler un mot se composant de plus de deux syllabes pour le copier, effort intellectuel impossible. L'enfant est en pleine déchéance.

Juin 1901. — Incapable d'un travail demandant un effort intellectuel, incapable d'attention soutenue. Suit très difficilement la dictée, écrit plus lentement. Ne peut plus faire sans erreur aucune opération. Mémoire baisse considérablement, l'enfant a la physionomie hébétée. Ne peut même rien faire à l'atelier de cordonnerie. Quand on le questionne hésite longtemps avant de répondre, reste la bouche ouverte pendant ce temps.

Janvier 1902. — Les rémissions dans la marche de la déchéance deviennent de plus en plus rares. Le travail intellec-

tuel devient de plus en plus impossible chez le malade. Il mélange toutes les matières du programme scolaire.

Juin 1902. — Ne peut même plus copier, incapable d'aucun effort intellectuel. Beaucoup de bonne volonté, très doux.

Janvier 1903. — La déchéance s'accroît de plus en plus, semble perdre par instant la notion de son existence, ne sait plus ce qu'il fait.

Juin 1903. — Outre la déchéance qui va s'accroissant progressivement on a constaté un changement de caractère ; il devient maussade. Il ne peut rien faire comme travail manuel.

*Épilpesie : tableau des accès et des vertiges
de Maud Georges-Henri.*

MOIS.	1900		1901		1902		1903	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier.			»	»	34	8	23	5
Février.			»	»	9	1	32	4
Mars.			1	»	32	7	86	1
Avril.			29	4	29	»	14	3
Mai			18	»	30	2	18	12
Juin			14	»	22	1	13	2
Juillet			17	»	35	»		
Août.			14	»	54	4		
Septembre			6	»	7	2		
Octobre			9	»	23	6		
Novembre			5	2	24	2		
Décembre			6	3	27	3		
Totaux.			119	9	326	36		

OBSERVATION X

(In thèse Paris, D^r RELLAY).

Fring Henri, entré dans le service de M. le D^r Bourneville, le 18 novembre 1900, âgé de 10 ans.

Antécédents héréditaires. — Père, 43 ans, tailleur de pierres. Pas de convulsions dans l'enfance. Alcoolique invétéré très violent, aurait eu la syphilis à 23 ans. Il y a 4 ans attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie ; enfermé pour troubles mentaux à Ville-Evrard pendant quatre mois. Actuellement, ramollissement cérébral, rien de bien particulier dans sa famille.

Mère, 42 ans, pas de convulsions jusqu'à sa puberté, migraineuse à 15 ans, son père ayant tenté d'abuser d'elle, grande frayeur suivie de trois attaques de nerfs. Vers 19 ans, à la suite d'une frayeur, nouvelles attaques. Mère morte à 71 ans de paralysie ; pas de renseignements sur le reste de la famille. Sept enfants deux fausses-couches, cinq enfants morts de convulsions. Notre malade était jumeau avec une sœur morte de convulsions.

Notre malade, a pu être conçu en état d'ivresse. La mère pendant la grossesse, a eu pendant trois mois des faiblesses journalières. Accouchement normal, enfant très grêle, allaitement au sein jusqu'à 5 mois puis au biberon. C'est à 4 mois que l'enfant a eu sa première crise. Il devint soudain pâle, rigide, ayant l'écume à la bouche. L'un des yeux a été fermé huit jours après la seconde crise qui a duré 5 heures.

Soigné à l'hôpital Trousseau on lui fit prendre du bromure.

A partir de là il eu sept à huit crises par an. A 2 ans il a la rougeole et durant cette affection il présente des convulsions limitées à la tête et aux yeux avec intégrité des membres.

Au bout de trois semaines, il était remis. L'enfant a marché à 1 an parlé à 18 mois.

De 2 ans à 2 ans et 8 mois une crise par mois environ.

De 2 ans et 8 mois à 4 ans une crise toutes les six ou huit semaines.

De 4 ans à 10 ans une crise par mois. Il fréquente alors l'école ou il apprend bien.

Comme maladies infectieuses, il a eu, outre la rougeole, deux atteintes de varioloïde, l'une à 2 ans 8 mois, l'autre à 4 ans; cette dernière accompagnée de convulsions, une atteinte de fièvre muqueuse à 10 ans, sans convulsions. Celles-ci n'ont pas reparu dans les 9 mois, qui ont suivi cette maladie.

Forte émotion à 11 ans, qui donne lieu à trois fortes crises. Les accès se répètent ensuite journellement deux fois par jour. Mais on remarque que ces accès ont été modifiés d'une façon sérieuse par la peur.

Son état s'aggravant il fut conduit à Saint-Louis où il subit la trépanation le 9 août 1888. Les convulsions reparaissent au bout de trois jours, moins fortes qu'avant, déclare la mère. Il quitte le service le 21 septembre et on recommande à la mère de le ramener dans six semaines pour le trépaner de l'autre côté. Il présenta après l'opération une paralysie complète du bras droit qui dura 15 jours et céda à l'électrisation. Les accès qui se produisent depuis l'opération sont souvent précédés de vertiges ou d'étourdissements, la tête tourne à gauche, il se produit du tremblement dans les membres supérieurs, surtout à droite. Parfois tout se borne au vertige.

En 1889 il a eu des crises toutes les trois semaines.

Elles ont augmenté depuis et parfois il a six accès par jour.

Il a été placé à la Roche-Guyon, d'où on l'a renvoyé parce qu'il tombait trop. On se décida alors à le placer à Bicêtre.

Etat actuel 1890. — Air de santé satisfaisant. Physionomie douce, expression hébétée, démarche convenable, crâne de volume normal, sans asymétrie, présentant à gauche une large cicatrice déprimée, longue de 8 centimètres, assez résistante. On ne sent pas de battements à ce niveau, cheveux châtons, abondants ; un épi au-dessus du front. Visage arrondi, yeux normaux, vision normale. Nez bien conformé.

Bouche, voile du palais, bien conformés ; oreilles assez écartées du crâne,

Durant son séjour à Bicêtre, les crises et les vertiges se reproduisent avec fréquence et la déchéance intellectuelle s'accroît d'une façon progressive et rapide.

En juin 1891, il décline déjà. Son attention diminue, la parole devient défectueuse ; à l'atelier, il refuse de travailler, il est insolent et méchant. Le côté gauche du crâne présente une dépression longue de 8 centimètres et très large dont le fond paraît cicatrisé.

De 1892 à 1896, la déchéance ne fait que s'accroître.

En mars 1897, il entre à l'infirmerie pour une pleurésie. Les quatre premiers jours la température est élevée et l'enfant présente un état comateux avec raideur de la nuque et pouls irrégulier. Au bout de 7 jours la guérison était complète. Aujourd'hui, il ne peut plus rien faire, pas même copier.

Depuis quelque temps, il présente, en outre de l'incontinence d'urine.

La craniectomie n'a nullement amélioré la situation puisque

les crises ont reparu au bout de 3 jours, elle a causé en outre une paralysie du bras droit, ce qui montre, soit dit en passant, qu'elle n'est pas aussi bénigne qu'on le prétend.

La déchéance intellectuelle a toujours été en s'accroissant depuis son entrée à Bicêtre, et aujourd'hui, c'est un grand imbécile de 21 ans. Il est incapable de raisonner ; si on l'interroge sur sa santé, il dit qu'il est guéri et qu'il veut être soldat.

OBSERVATION XI

B..., né le 17 juillet 1876.

Pas d'antécédents héréditaires connus.

Antécédents personnels. — Aurait été d'après sa mère très intelligent jusqu'à 14 ans, à l'appui de ses affirmations la mère a apporté des palmarès de l'établissement ecclésiastique où l'enfant a été élevé. L'enfant y est nommé plusieurs fois chaque année.

Les premières attaques franches surviennent à l'âge de 16 ans, consistent en simples soubresauts tendineux. Leur caractère nettement épileptique s'accuse vers 1893 et le malade entre à Bicêtre le 10 octobre 1895 à ce moment le diagnostic porte : « épilepsie, débilité mentale. » On observe à ce moment des troubles de la station et de la marche survenant avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation notamment après des séries d'accès

L'état mental du malade décline rapidement ; en 1898 apparaissent des idées de persécution. Le malade accuse les infirmiers et les autres malades de vouloir lui prendre sa montre, son porte-monnaie, il rit et pleure sans raison, prononce des paroles sans suite.

Le 4 décembre 1899, passe à la visite l'examen physique révèle des signes de bacillose débutante, respiration rude et sac-

cadée aux deux sommets, submatité toux, amaigrissement rapide.

La déchéance physique et mentale du malade poursuit une marche très rapide.

En 1903 présente un affaiblissement musculaire considérable se traîne péniblement pour se déplacer dans l'infirmierie. Il devient gâteux paraît absolument indifférent aux excitations extérieures. Malgré le traitement anti-tuberculeux son amaigrissement progresse de plus en plus, les signes physiques paraissent avoir peu changé.

Le 25 octobre 1903. — Le malade est pris d'un état de mal avec 39°8 de température, accès subintrants, dyspnée violente, stertor et cyanose. Cet état dure 3 jours le malade meurt le 28 octobre dans le coma, température après la mort 41.

Épilepsie : tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier. . .	1	»	7	»	9	»	11	1	6	»	12	1	7	»
Février. . .	11	»	10	»	8	»	9	»	6	2	7	»	3	»
Mars. . . .	9	»	5	»	8	»	11	»	9	»	7	»	8	»
Avril. . . .	4	»	11	»	5	»	5	»	8	»	6	»	7	»
Mai.	11	»	4	»	7	»	5	»	6	»	11	»	8	»
Juin.	14	»	9	»	5	1	8	»	3	»	8	»	6	»
Juillet. . . .	5	»	9	»	8	1	6	1	8	»	7	»	6	»
Août.	9	»	2	»	10	»	14	»	3	»	5	»	4	»
Septembre. .	5	1	18	»	7	»	11	»	1	»	11	»	9	»
Octobre. . .	9	»	7	»	11	1	7	»	11	»	9	»		
Novembre. .	6	»	7	»	9	»	6	1	5	»	7	»		
Décembre. .	7	»	12	»	11	»	6	»	6	»	7	»		
Totaux. . .	91	1	101	»	88	3	99	3	72	2	97	1		

OBSERVATION XII (Personnelle).

Bal. Eugène Victor, né en 1876.

Antécédents héréditaires. — Père mort en 1878 d'une maladie de tête (*sic*). Mère ; il ignore tout ce qui la concerne. Un oncle et trois tantes bien portants. Pas de frère ni de sœur. Renseignements très incomplets. Impossible d'en avoir d'autres.

Antécédents personnels. — Sait peu de choses sur la première enfance. Il a été à l'école jusqu'à l'âge de 12 ans environs et a bien appris à lire, à écrire et à compter. Il entre ensuite comme garçon de bureau chez un parfumeur, puis pour faire les écritures dans une agence maritime. A cette époque, ostéite de la jambe gauche, soigné à Tenon. Ablation d'un séquestre. Peu de temps après il entre à Bicêtre pour épilepsie (13 décembre 1897).

Les renseignements qu'il donne sur ses accès sont très vagues et très incomplets. Le premier serait survenu dans l'enfance pendant le jour. Il ne se souvient pas d'avoir uriné dans son lit. Il paraît cependant peu douteux que les accès aient été peu nombreux puisqu'il pouvait conserver ses emplois. Il évitait cependant les courses trop éloignées.

Il déclare avoir eu plusieurs étourdissements (vertiges) ; mais selon lui, pas plus que d'accès. Examen de l'état intellectuel. Si on interroge le malade, on est frappé de la lenteur avec laquelle il répond. Le plus souvent, on est obligé de répéter deux fois les questions et souvent sous des formes différentes. La parole est lente, uniforme, monotone assez bien articulée. Ses réponses manquent d'ailleurs de précision et le malade répond plusieurs fois à côté.

Il est impossible d'obtenir de lui des renseignements précis sur ses parents, son enfance et en général sur l'ensemble de sa vie passée.

Il lit assez correctement mais lentement et en hésitant sur les mots compliqués. Il oublie presque instantanément ce qu'il vient de lire et il a besoin de faire un grand effort d'attention pour pouvoir répéter le sens des mots qu'il a lus.

L'écriture est bonne, il n'y a pas de lacunes dans les mots écrits sous la dictée; mais la mémoire est insuffisante pour permettre au malade d'écrire une phrase entière sans se la faire répéter. Le malade a appris l'anglais, il a même séjourné à Londres. Il paraît avoir conservé quelques notions de cette langue. Mais tout cela est vague et exige un grand effort d'attention et de mémoire pour être rappelé à l'esprit.

En somme ce malade est dans un état marqué de déchéance intellectuelle. Le caractère est irritable. Il est grincheux et devient même méchant à l'occasion.

Durant son séjour dans le service la déchéance du malade progresse assez rapidement et actuellement en 1903, le malade présente tous les caractères de la débilité mentale la plus prononcée : apathie, gâtisme, affaiblissement musculaire, etc.

Nombre des accès de Bal Eugène-Victor.

	1898	1899	1900	1901	1902
	—	—	—	—	—
Accès . . .	19	27	51	49	54
Vertiges . . .	»	2	1	3	3

CONCLUSIONS

I. — La déchéance, soit physique, soit psychique est une suite très fréquente de l'épilepsie.

II. — *a*). La déchéance physique se traduit : 1° par une plus grande réceptivité morbide, en particulier pour la tuberculose ; 2° par une plus grande mortalité. La durée moyenne de la vie est plus courte chez les épileptiques.

b). La déchéance physique est due, indépendamment des tares héréditaires difficiles à constater, à la répétition des troubles physiques que nous avons passés en revue et qui suivent l'accès d'épilepsie.

III. — *a*). La démence épileptique assez fréquente dans l'épilepsie essentielle paraîtrait être rare dans l'épilepsie tardive.

b). Nous n'avons rien relevé de spécial dans les antécédents héréditaires des malades qui ont été l'objet de nos observations. Doit-on incriminer la difficulté qu'on a à obtenir des renseignements très exacts ?

c). La plupart des auteurs sont d'avis que la forme vertigineuse est celle qui conduit le plus souvent à la démence. Sans vouloir nous élever contre cette opinion (nous n'avons d'ailleurs pas la compétence nécessaire), il nous paraît intéressant de faire re-

marquer que nos tableaux d'accès et vertiges ne relatent souvent qu'un petit nombre de vertiges.

d). La démence paraît dépendre plus du nombre des accès que de leur intensité.

e). La déchéance psychique paraît être en rapport avec la lenteur de l'exhaustion post-paroxystique.

g). La déchéance intellectuelle rarement brusque et à son maximum d'emblée s'établit en général progressivement et présente assez souvent des rémissions.

h). Les autopsies permettent de constater assez souvent des lésions de méningo-encéphalite ; mais souvent aussi on ne constate aucune lésion appréciable à l'œil nu. En tous cas, il n'y a pas de lésion spéciale à la démence épileptique.

Vu : le Président de la thèse,

BRISSAUD

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BOURNEVILLE. — Comptes-rendus de Bicêtre.
- BOURNEVILLE ET D'OLIER. — Contribution à l'étude de la
démence épileptique, Arch. neurol., 1881, tome I.
- BALLARD. — Thèse de Paris. Comment meurent les épilep-
tiques.
- FERÉ. — Contribution à l'étude des phénomènes d'épuisement
consécutifs à l'accès d'épilepsie. (Bull. Soc. méd. des
hôm., 1888).
- TODD. — Clinical lectures on paralysis, 1884.
- EON. — Etude sur les paralysies dans l'épilepsie.
- FORBES WINSLOW. — Obscure diseases of the brain and
mind.
- FERÉ. — Note sur les forces des épileptiques. (Bull. Soc.
biol., 1888).
- MASSON. — Thèse Lille, 1888. Des troubles moteurs post-
épileptiques.
- CLOUSTON. — Disorders of speech in Insanity. (Edimb. med.
journ., avril 1876).
- BURGÉ. — Thèse 1887. Etude sur les paralysies et les anes-
thésies consécutives aux attaques d'épilepsie.
- PICHON. — De l'épilepsie dans ses rapports avec les fonctions
visuelles.
- RUSSEL. — Cases of suspended cerebral fonction occuring

among the phenomena following epileptic fits, Med. times and Gaz. January, 1882.

KOWALEWSKY. — Das Weigen von epileptischen als objective Anzeichen, Arch. f. Psych. Bd. XI. H. 2.

CAMABELL. — Notes on the reparative power in Insanity. (Journ. of mental sc., 1865, t. XXII).

KOLHER. — Allg. zeit f. psych., XXXIV, Bd. H. 4.

KRAFT-EBING. — Traité clinique de Psychiâtrie.

FERÉ. — Epilepsies et épileptiques.

DELASIAUVE. — Journal de médecine mentale, 1861.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
1° Troubles transitoires.	9
A. — Physiques. ,	9
B. — Psychiques, revue très succincte	12
2° Troubles permanents.	14
A. — Déchéance physique.	15
Statistiques. Observations	18
B. — Démence	27
Observations	33
3° CONCLUSIONS.	67
4° BIBLIOGRAPHIE	69

